

2 Vorwort zur Version 2023

Eine Vielzahl von Themen bewegt die Krankenhauslandschaft und Rheumaklinken im Jahr 2023. Krankenhausplanung mit Leistungsgruppen, Vorhaltepauschalen, Hybrid-DRGs, Tagesbehandlung, Ambulantisierung, Pflegepersonalbemessung und -untergrenzen sind nur einige Schlagwörter des politischen Gestaltungswillens. Parallel belasten steigende Kosten, Personalnot, Fallzahlrückgang und nicht zuletzt die immer weiter steigende Administration, die zur Umsetzung der politischen Ziele aufgebracht werden muss, die Krankenhäuser bei der täglichen Versorgung ihrer Patientinnen und Patienten.

Finanzielle Ausgangslage

2022 haben im Wesentlichen steigende Preise die finanzielle Lage und Liquidität der Krankenhäuser belastet. Mit dem Gesetz zur Einführung von Preisbremsen für leitungsgebundenes Erdgas und Wärme und zur Änderung weiterer Vorschriften wurde kurzfristig eine finanzielle Kompensation für steigende direkte und indirekte Energiekosten geschaffen. Deutlich kritischer erweist sich die Erlösseite für 2023. Die Landesbasisfallwerte dürfen für 2023 nur um bis zu 4,32% (Veränderungswert) steigen. Dieser Wert liegt deutlich unter der derzeitigen Inflationsrate. Zusätzlich wurden die Bewertungsrelationen des aG-DRG-Systems im Rahmen der Ersatzvornahme des Bundesministerium für Gesundheit (BMG) normativ abgewertet und so 400 Millionen Euro aus der DRG-Vergütung ausgegliedert. Noch dramatischer wird sich allerdings der Rückgang der

stationären Leistungsmengen auf die Erlöse auswirken. Bis 2022 wurden die durch den Coronapandemie bedingten Fallzahlrückgang ausgelösten Erlöseinbußen noch über einen Ganzjahresausgleich abgemildert. Für 2023 ist kein Ganzjahresausgleich mehr vorgesehen, so dass Erlösrückgänge in viel stärkerem Maße Einfluss auf die Wirtschaftlichkeit nehmen werden. Es ist nicht unwahrscheinlich, dass der Gesetzgeber kurzfristig noch einmal finanziell nachbessern muss, um flächen-deckende Insolvenzen zu vermeiden.

Krankenhausfinanzierung

Ende 2022 wurden die Empfehlungen der Regierungskommission zur grundlegenden Reform der Krankenhausplanung und -vergütung vorgestellt. Demnach soll über die Zuordnung von Versorgungsleveln und Leistungsgruppen in die Versorgungsstrukturen eingegriffen werden. Orientiert an diesen Strukturveränderungen soll auch eine fallunabhängige Finanzierung der Vorhaltung erfolgen. Der Einfluss der fallabhängigen DRG-Vergütung soll damit deutlich sinken. Das Pflegebudget soll hingegen erhalten bleiben. Kleinere Krankenhäuser, die keine G-BA-Notfallstufe aufweisen, sollen über Tagessätze finanziert werden. Für Fachkliniken soll es besondere Vorgaben geben. Auch für die Rheumatologie soll eine Leistungsgruppe entwickelt werden. Inwieweit die Empfehlungen der Regierungskommission nun in konkrete Gesetzestexte einfließen werden, bleibt abzuwarten. Ob (und wenn in wieweit) die Bundesländer einen so deutlichen Eingriff in die ihnen zustehende Krankenhausplanung dulden werden, ist offen. Sicher ist, dass nicht mit einer kurzfristigen

Umsetzung gerechnet werden kann und eine Konvergenzphase für die Einführung der neuen Systematik notwendig ist.

In der Übergangsphase spielen daher weitere gesetzgeberische Maßnahmen eine Rolle. Seit Beginn des Jahres sollen Krankenhäuser *„in medizinisch geeigneten Fällen, wenn eine Indikation für eine stationäre somatische Behandlung vorliegt, mit Einwilligung der Patientin oder des Patienten anstelle einer vollstationären Behandlung eine tagesstationäre Behandlung ohne Übernachtung im Krankenhaus erbringen“* dürfen. Das Wirtschaftlichkeitsgebot wurde nicht ausgesetzt, so dass weiterhin, wenn eine ambulante oder teilstationäre Versorgung möglich wäre, keine tagesstationäre Behandlung durchgeführt werden darf. Auch die weiteren Regelungen (z.B. Haftungsrisiken, Fahrkosten, Dokumentation eines mindestens sechsstündigen Aufenthaltes, *„währenddessen überwiegend ärztliche oder pflegerische Behandlung erbracht wird“*) dürften diese Versorgungsform für Krankenhäuser wenig attraktiv machen. Eine relevante Entlastung von Pflegepersonal ist dadurch nicht zu erwarten. Für Rheumakliniken, die meist einen überregionalen Einzugsbereich haben, würde sich diese Versorgungsform ohnehin nur bei wenigen Behandlungsfällen (z.B. wohnortnahe Komplexbehandlung) anbieten. Eine medizinisch-inhaltliche Abgrenzung zur teilstationären Versorgung dürfte sich allerdings schwierig gestalten.

Ein weiteres Projekt mit höherem Potenzial stellen die sogenannten „Hybrid-DRGs“ dar. Bis zum 31. März 2023 sollen die Selbstverwaltungspartner eine spezielle sektorengleiche Vergütung für eine Auswahl von

Leistungen des AOP-Katalogs (nach § 115b SGB V) mit besonders hohem Ambulantisierungspotenzial vereinbaren. Allerdings dürften hiervon kaum rheumatologische Leistungen betroffen sein.

Kliniken der Kinder- und Jugendrheumatologie dürfen sich hingegen über vorübergehend deutlich bessere Erlöse freuen. Für die Behandlung von Kindern und Jugendlichen im Alter von über 28 Tagen und unter 16 Jahren soll für die Jahre 2023 und 2024 ein erhöhtes Erlösbudget bezahlt werden. Wird das erhöhte Erlösvolumen in der Echtabrechnung (bei Leistungsreduktion) nicht um mehr als 20% unterschritten, steht den Krankenhäusern (dann leistungsmengenunabhängig) trotzdem das vollständige erhöhte Erlösbudget zu.

Desweiteren sollen über das Krankenhauspflegeentlastungsgesetz (KHPfIEG) unter anderem auch noch Geburtshilfen finanziell entlastet, eine Pflegepersonalbedarfsbemessung (basierend auf der PPR 2.0) eingeführt und Fristen zum Abschluss der Entgeltverhandlungen gesetzt werden. Bereits mit dem GKV-Finanzstabilisierungsgesetz (GKV-FinStG) wurde das Pflegebudget zukünftig auf qualifizierte Pflegekräfte (und Hebammen) eingeschränkt. NUB-Vereinbarungen für Arzneimittel müssen zukünftig „mit Wirkung ab dem Zeitpunkt der Geltung eines Erstattungsbetrags“ angepasst werden.

NRW macht ernst mit der neuen Krankenhausplanung

Mit Vorsprung vor den bundesweiten Maßnahmen hat NRW seine Krankenhausplanung von Betten auf

Leistungsgruppen umgestellt. Zum 17.11.2022 mussten alle Krankenhäuser in NRW ihre Versorgungsaufträge neu beantragen. Krankenhäusern und Krankenkassen stehen seitdem sechs Monate Zeit zur Verfügung, regionale Planungskonzepte für die 64 Leistungsgruppen auf den zugeordneten Planungsebenen (Kreis, Versorgungsgebiet, Regierungsbezirk, Landesteil) zu verhandeln. Auch für die („komplexe“) Rheumatologie existiert eine eigene Leistungsgruppe, für die jedoch weder Fälle beantragt werden müssen noch Auswahlentscheidungen ergehen werden. Krankenhausstandorte, die die Mindestvoraussetzungen (im Wesentlichen drei Vollzeitäquivalente mit fachärztlicher rheumatologischer/rheumaorthopädischer Qualifikation) erfüllen, werden den Versorgungsauftrag auf Antrag zugewiesen bekommen.

Erste Feststellungsbescheide könnten bereits 2023 ergehen. Die genauen Auswirkungen der neuen Krankenhausplanung auf die Versorgungslandschaft sind noch nicht abzusehen. Es zeigt sich jedoch, dass viele Krankenhausträger den Anstoß nutzen, ihr Leistungsportfolio an einzelnen Standorten sowie Kooperationen zu überprüfen.

Möglicherweise erzwingen die geplanten bundesweiten Vorgaben eine Weiterentwicklung des Leistungsgruppensystems in NRW. Durch eine Einführung von Versorgungsleveln könnte die bisherige Planungssystematik in NRW durchkreuzt werden. Die rheumatologische Versorgung ist nicht selten in spezialisierten Fachkliniken angesiedelt. Eine auf Leistungsgruppen basierte Krankenhausplanung kann fachklinische Versorgungsstrukturen vermutlich besser berücksichtigen als eine Krankenhausplanung auf Basis von Versorgungsleveln.

Das neue aG-DRG-System 2023 – Was ändert sich für die Rheumatologie?

Ein weiteres Mal konnten sich die gemeinsamen Partner der Selbstverwaltung nicht auf ein neues DRG-System verständigen. Strittig war wie in den Vorjahren nur die Frage der Normierung des Systems und damit der Justierung des Niveaus der Bewertungsrelationen im Kontext der Ausgliederung der Pflegepersonalkosten aus dem G-DRG-System. Ende November wurde daher das aG-DRG-System 2023 über eine Ersatzvornahme des BMG nach Ausgliederung von 400 Millionen Euro über eine pauschale Abwertung der Bewertungsrelationen (ca. -0,8%) in Kraft gesetzt.

Die COVID-19-Pandemie hat großen Einfluss auf die Versorgung in den Krankenhäusern genommen. Jetzt – mit etwas Zeitverzug – stellt sie hohe Herausforderungen an die Kalkulation des aG-DRG-Systems. Nachdem das aG-DRG-System 2022 wie bereits das aG-DRG-System 2021 auf Kostendaten des Jahres 2019 kalkuliert wurde, wurden für 2023 nun wieder aktuellere Kostendaten aus 2021 – und damit Daten aus der Pandemiezeit – verwendet. Allerdings wurde die Kalkulationsmethodik angepasst, um Verwerfungen, die durch unterschiedliche Fallzahlentwicklungen resultieren würden, zu begegnen. Ob die Kalkulation des aG-DRG-Systems 2023 wirklich sachgerecht ist und wie gut die prospektive Vorhersage der Aufwandsunterschiede gelungen ist, wird sich herausstellen. Anders als in den Vorjahren plant der Gesetzgeber für 2023 keine Absicherung mehr durch einen Ganzjahresausgleich, so dass 2023 eine sachgerechte leistungsorientierte Vergütung wieder an Bedeutung gewinnt.

Klassifikatorische Änderungen an den „rheumatologischen“ DRGs gab es für 2023 kaum. Betroffen ist nur die Basis-DRG I66; bei den DRGs I69A/B, I79Z, I97Z gab es keine Neuerungen. Alle Veränderungen dienten der besseren Abbildung von Fällen mit COVID-19. Dabei wurden Fälle mit der Hauptdiagnose U10.9 (Multi-systemisches Entzündungssyndrom in Verbindung mit COVID-19, nicht näher bezeichnet) in die Definitionen folgender DRGs aufgenommen:

- I66C (in Verbindung mit einer intensivmedizinischen Komplexbehandlung im Kindesalter)
- I66D (restlichen für Fälle mit Verweildauer > 1)
- I66G (für Fälle mit einem Belegungstag statt I66H)

Fälle mit dem Sekundärkode U07.1! (COVID-19, Virus nachgewiesen) und Komplexbehandlung bei nicht multiresistenten Erregern ab 10 Behandlungstagen (OPS 8-98g.02-04 und 8-98g.12-14) wurden in die DRG I66C aufgenommen.

Die mittleren Verweildauern und Grenzverweildauern der häufig abgerechneten rheumatologischen DRGs, die keinen klassifikatorischen Veränderungen unterlagen, (z.B. I69A, I79Z und I97Z) sind nahezu konstant. Trotzdem sind die Bewertungsrelationen weiter gesunken. Eine Abwertung von -0,8% für alle DRGs resultiert dabei bereits aus der Neunormierung im Rahmen der Ersatzvornahme und hat keinen Bezug zu einer vergleichsweise schwächeren Kostenentwicklung in der Rheumatologie.

Trotz sinkender Bewertungsrelationen dürften die diesjährigen Änderungen des Fallpauschalenkatalogs nur

eine untergeordnete Bedeutung für die wirtschaftliche Situation der Rheumakliniken haben. Im Vordergrund dürfte bei vielen Kliniken weiterhin der Rückgang in der Belegung bei stark steigenden Kosten stehen.

Pflegepersonaluntergrenzen in der Rheumatologie

Für 2023 wurden nun auch Pflegepersonaluntergrenzen in der Rheumatologie eingeführt. Demnach darf eine Pflegekraft in der „Tagschicht“ maximal 13 Patientinnen oder Patienten und in der „Nachtschicht“ maximal 30 Patientinnen oder Patienten betreuen. Der Anteil von Pflegehilfskräften wird in der „Tagschicht“ zu maximal 10% und in der „Nachtschicht“ zu maximal 5% auf die Anzahl der notwendigen Pflegekräfte angerechnet. Zur datengetriebenen Ableitung der Patienten-zu-Personal-Ratios mussten alle rheumatologische Kliniken Daten liefern. Die datengetriebene Ableitung darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass Pflegepersonaluntergrenzen in der Rheumatologie weder notwendig noch sachgerecht sind. Rheumatologische DRGs (I97Z, I96A/B, I66E/G, I79Z) weisen – zusammen mit den DRGs der multimodalen Schmerztherapie – sowohl nach dem Katalog der Pflegebewertungsrelationen als auch nach dem Pflegelastkatalog die mit Abstand niedrigsten Pflegepersonalkosten/-last aller DRGs auf. Die Pflegepersonalkosten liegen bei nur 40-60% des Durchschnitts aller DRGs. Dies verwundert nicht, da die Rheumatologie eine Fachdisziplin ist, bei der ärztliche bzw. therapeutische und nicht pflegerische Leistungen im Vordergrund stehen. Innerhalb des Fachgebietes existieren wiederum unterschiedliche Spezialisierungen mit deutlich unterschiedlichem Pflegebedarf. Analoges

gilt für die Kinder- und Jugendrheumatologie, für die die gleichen Pflegepersonaluntergrenzen gelten wie für andere pädiatrischen Spezialisierungen, die einen deutlich höheren Pflegebedarf aufweisen. Die Nutzung einheitlicher Pflegepersonaluntergrenzen führt hier zu einer Fehlallokation dringlich benötigter pflegerischer Ressourcen und – über Bettensperrungen – zu einer Leistungsreduktion, ohne dass eine Patientengefährdung aufgrund eines Pflegemangels im Spiel wäre. Zudem leiden nun auch durchgängig alle rheumatologischen Kliniken unter dem hohen administrativen Aufwand, den die Anwendung der Pflegepersonaluntergrenzen mit sich bringt. Es bleibt nur zu hoffen, dass die Pflegepersonaluntergrenzen nach Erhebung eines realistischen Pflegebedarfs über ein Pflegepersonalbemessungsinstrument abgelöst oder zumindest weiterentwickelt wird.

Zusatzkodierung seltene Erkrankungen

Ab 1. April 2023 ist die zusätzliche Kodierung einer Orpha-Kennnummer beim Vorliegen einer seltenen Erkrankung (Orphan Disease) verpflichtend. Beispielhaft wurden einzelne Orpha-Kennnummern schon für 2021 in diesen Kodierleitfaden aufgenommen. Seit 2022 finden sich die Orpha-Kennnummern durchgängig im Kodierleitfaden und wurden für 2023 nochmals aktualisiert.